Rok XXX. Kraków, 24 Października 1891. Nr. 43.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O wrzekomych glejakach siatkówki.

Napisał
Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

W literaturze znajdujemy opisy rozrostów tkanki łącznej i naczyniowéj, powstałych wskutek przewlekłego zapalenia siatkówki, lub też obfitych wynaczynień, a bezpośrednio ciąg dalszy tkanki siatkówkowéj stanowiących. Rozrosty te nie należą wszakże do nowotworów w ścisłem znaczeniu wyrazu.

Rzadko również nowotwory części sąsiadujących przechodzą na siatkówkę, przedewszystkiem mięsaki naczyniówki, okoliczność, którą najłatwiej wytłumaczyć może bardzo wczesne oderwanie siatkówki, jakoż porażenie siatkówki przy mięsaku naczyniówki w istocie spostrzegano li tylko w przypadkach, gdy siatkówka nie była oderwaną od naczyniówki. W każdym razie porażenie to do późniejszych okresów rozwoju nowotworu należy; rzadki pod tym względem wyjątek stanowi przypadek przez Treitela opisany (*Arch. f. Ophthalm.* XXIX. 4)

Właściwie z pierwotnych nowotworów siatkówki dotąd znamy jednę tylko formę, lecz bardzo częstą, mianowicie glejaki, lub glejomięsaki. Wiek do lat 12-stu, rozwój i bardzo typowy obraz kliniczny glejaka składają się na pozór na łatwe rozpoznanie cierpienia. Według Hirschberga (*Der Markschwamm der Netzhaut* 1869 str. 178). J. Wardrop pierwszy zwrócił uwagę na podobieństwo połysku źrenicy oka przy glejaku z połyskiem zdrowego oka u owcy, kota i niektórych mniejszych ssących, dodał zarazem, że najbardziéj jest on widocznym w półcieniu. Wkrótce przyzwyczajono się szereg zjawisk: ślepotę, rozszerzenie źrenicy i białawy połysk z dna oka pochodzący nazywać „ślepem kociem okiem“ (*amaurotisches Katzenauge*), którą to nazwę jednak Beer (*Lehre v. d. Augenkrankh. Wien* 1817. II. str. 415) stosował do zupełnie innych stanów, mianowicie do nazwanej przezeń *„zweite Gattung des schwarzen Staares“*, nie zaś do nowotworów śródgałkowych, które on wyprowadza od spojówki. Według Lebera (*Handb. d. gesammt. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch* V, str. 670), opis Beera najbardziej odpowiadać się zdaje wyższym stopniom samoistnego oderwania siatkówki. *Pockels* (*v. Graefe u. v. Walther's Journ. f. Chirurgie u. Augenheilk.* VI, str. 349. 1824) utrzymuje, że wejrzenie, jakie glejak przedstawia, wręcz się różni od ślepego kociego oka Beera. Travers (*Synopsis of the diseases of the eye London* 1820, str. 203) jest zdania, że przed przedziurawieniem gałki niepodobna odróżnić glejaka od łagodnego cierpienia ciała szklanego. Jaeger, Ammon, Bauer i Sichel utrzymywali, że kocie oko Beera stanowi początek glejaka, przeciwnie Mackenzie, Lincke, Lawrence, Travers, Chelius, Ruete i Arlt udowodnili, że pewne wysięki zapalne naczyniówkowe wyglądać mogą jak glejaki. Graefe (*Arch. f. Ophth.* II, 1 str. 213. 1855) przyznaje, że wielka im się za to wdzięczność należy, myśl zaś tę daléj rozwinął w całym szeregu artykułów — od r. 1855 do 1867.

Hirschberg w r. 1869 (l. c. str. 228) wypowiedział, że: 1) glejak wypukłą powierzchnią zrazików narośli różni się od twórczego nasięku ciała szklanego, którego powierzchnia jest równą, błonowatą, ma jednostajny mosiędzowy połysk, nieprawidłowe unaczynienie i wybroczyny krwiste, nadto najbardziej stanowią tu wywiady;

2) w ropiastem zapaleniu naczyniówki, powstałem wskutek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, przednia komora jest płaską, tkanka tęczówki zwyrodniałą, brzeg jej zrośnięty z torebką, gałka miękka;

3) oderwania siatkówki, zwłaszcza powstałe wskutek marskości ciała szklanego, chociaż mają powierzchnię ku wewnątrz opatrzoną wydatnościami, brak tu jednakże typowej tkanki glejaka, typowych plam białych etc. Wypowiada on w końcu zdanie (l. c. str. 234), że obecnie nie rozpoznać glejaka chyba niepodobna.

W literaturze znajdujemy jednakże sporo spostrzeżeń, które nie na korzyść zdania takiego przemawiają. Alfred Graefe jeszcze w r. 1863 (*klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*

str. 233) opisał następujący przypadek. U 12-letniego chłopca w oku oślepłem powoli i bez podrażnień przyłączył się później stan zapalny i rozpoznanie nader było trudnem. Brakowało tu co prawda wypukłości i naczynia siatkówki nie były widzialne; w istocie był to wągr. Sam Hirschberg (*Arch. f. Ophthalm. XVI*) i Steudener (*Arch. f. pathol. Anat. LIX*) dokładnie opisali mięsaki naczyniówki u dzieci. Saemisch (*Arch. f. Augen- u. Ohrenheilkunde* II, 2 str. 115) spostrzegał przypadek, w którym nadto ciśnienie było zwiększone, przy znacznem wysadzeniu gałki i utrudnieniu jéj ruchów. Nie zachodziło nawet wątpliwość co do glejaka, lecz właściwie miało miejsce tylko oderwanie siatkówki zrośniętéj z naczyniówką przez powstałą ropę, na zewnętrznej powierzchni białkówki znajdował się łagodny nowotwór. Według Lebera (*Handb. d. gesammt. Augenheilk.* V, str. 734) największe złudzenie wtedy ma miejsce, gdy w ropiastem zapaleniu naczyniówki wysięk zbiera się tylko pod siatkówkę, która tworzy wtedy wydatność w ciele szklanem położoną.

Nettleship (*Ophthalm. Hosp. Rep.* VIII), badając oko wyjęte przez Hutchinsona śród zjawisk ślepego kociego oka, znalazł zapalenie traktu uwealnego. Ogniskami, dokoła których znalazł najbardziej znaczne nacieczenie przez komórki limfoidowe, były: wewnętrzny pierścień tęczówki, splot żylny i tylna część ciała rzęskowego.

O Becker w swym atlasie (*Atlas der pathol. Topographie des Auges. 1878*), na tabl. XXI przedstawia wizerunek oka uległego chronicznemu zapaleniu naczyniówki i siatkówki i ciała rzęskowego z następczem oderwaniem siatkówki (*Pseudogliom*). W siatkówce znalazł rozrost tkanki łącznej, w naczyniówce w miejscu warstw włosowatej i naczyniowéj znajdowała się siateczka z tkanki łącznéj, która w niektórych miejscach przez otwory w przybłonku barwikowym powstałe występowała po nad poziom naczyniówki, niekiedy nawet łączyła się z oderwaną siatkówką za pomocą cienkich włókien.

Raab zbadał anatomicznie (*Arch. f. Ophthalm.* XXIV, 3 V dwadzieścia oczu z rozpoznaniem „kociego oka", co odpowiadać się zdaje 60 tysiącom chorych ocznych. W 5 przypadkach z pomiędzy tych nie było ani glejaka, ani też w ogóle nowotworu — li tylko sprawy zapalne. W dwóch przypadkach znalazł zwykłe chroniczne zapalenie tęczówki, ciała rzęskowego i naczyniówki z surowiczo-ropiastym wysiękiem i zupełnem oderwaniem siatkówki. Trzy inne przypadki opisuje dokładniej. W pierwszym, u 10-letniego chłopca, znaleziono pomiędzy naczyniówką a zupełnie oderwaną siatkówką liczne napięte włókna, powstałe prawdopodobnie wskutek uprzedniego zrośnięcia siatkówki z naczyniówką, które składały się z tkanki łącznej, a w środku zawierały naczynia, te zaś łączyły się następnie z naczyniami ciała szklanego. Soczewka była posunięta ku przodowi, komora przednia bardzo zmniejszona, tęczówka zanikła, przestwor Fontany zamknięty, ciało rzęskowe w tylnej swéj części oderwane od białkówki, siatkówka zupełnie oderwana, pomiędzy zaś fałdami jéj ciało szklane w postaci nieznacznéj masy tkanki bliznowatéj, zrośniętéj ku przodowi z wyrostkami rzęskowemi; właśnie marskości ciała szklanego autor przypisuje wszystkie zmiany spostrzeżone. Ciało rzęskowe i naczyniówka były zgrubiałe wskutek obfitego nacieczenia komórkowego, jakkolwiek warstwa naczyniowa włosowata jako taka wcale nie istniała, komórki części rzęskowéj siatkówki były przeistoczone w „bardzo długie włókna, które skierowywały się ku ciału szklanemu i łączyły z pierwocinami tegoż o budowie młodéj tkanki bliznowatéj; były też w niem drobne wynaczynienia. Pierwocin nerwowych w siatkówce wcale nie było, natomiast tkanka łączna była rozrosłą, wszakże ślady zwykłych warstw jéj dawały się niekiedy spostrzegać. Tak więc obraz ślepego oka w tym przypadku był wywołany bezwarunkowo przez zapalenie naczyniówki i ciała rzęskowego. Dodam, że przy badaniu klinicznem spostrzeżono: zaćmienie rogówki, nastrzykanie naczyń rogówkowych, w spojówce rozszerzone żyły, zupełnie nieruchomą i rozszerzoną źrenicę, po za soczewką znajdowała się nierówna, włóknista powierzchnia, pokryta czerwonemi pasmami. Ciśnienie zwiększone, zupełna ślepota. W drugiem oku znaleziono rozsiane zapalenie naczyniówki. — W drugim przypadku (u 4-letniego dziecka) z obrazem kociego oka, przednia komora była głęboka, siatkówka i naczyniówka zupełnie oderwane. W tęczówce, ciele rzęskowem i w naczyniówce zmiany były te same, co w pierwszym przypadku, tylko zanik daléj był posunięty, gdyż uległy mu również naczynia i barwik. Oderwana siatkówka tak dalece była zwyrodniałą, że najczęściéj niepodobna było odróżnić jéj od również zwyrodniałego ciała szklanego. Niekiedy komórki barwik zawierały, widziano też kupki jego swobodne, jako resztki wynaczynień. W 3-cim przypadku, u 4-letniego dziecka, soczewka była posuniętą ku przodowi, tylna część ciała rzęskowego oderwana. Za soczewką znajdowała się zrośnięta zarówno z torebką jakoteż z wyrostkami rzęskowemi masa o guzowatéj powierzchni, wielkości orzecha, od któréj ku tarczy kierowało się pasemko tkanki łącznéj; siatkówka i ciało szklane znikły były doszczętnie. Badanie drobnowidowe wykazało: tęczówka, ciało rzęskowe i naczyniówka zanikłe, obok wyrostków rzęskowych słabe resztki ciała szklanego z wrosłemi doń w postaci długich włókien komórkami rzęskowéj części siatkówki, zawierało ono nadto komórki wrzecionowate i barwik. Za samą soczewką znajdowała się tkanka, złożona ze splecionych włókien, pomiędzy któremi spostrzeżono komórki rozmaitego kształtu o lśniących jądrach i prawdziwe guziczki gruźlicze.

Autor słuszny wysnuwa wniosek, że w przypadkach tych mieliśmy sprawę zapalną o wiele odmienną od zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, mianowicie szczególną uwagę zwraca tu słaby nader udział przednich części traktu naczyniowego, brakuje również właściwego zapalenia ciała rzęskowego, barwikowego pokładu (*Schwarte*) do tylnego woreczka przyległego, również w okolicy przestworu Fontany nacieczenie bardzo było słabe, a soczewka przeźroczystą. Przyczyny szukać należy raczej w stanie zapalnym części bardziej ku tyłowi położonych, mianowicie rąbka siatkówki i przyległéj doń bezpośrednio części ciała rzęskowego. Zwiększenie ciśnienia w późniejszych okresach tłumaczy Raab przez pociąganie ciała rzęskowego przy marskości mocno zrośniętego z rzęskową częścią siatkówki ciała szklanego. Przeto brak wyraźnych zjawisk zapalnych w przedniéj części obok zwiększonego ciśnienia utrudnia odróżnianie takich przypadków od glejaka.

Wetsch (*Arch. f. Augenheilk.* XI, str. 413) badał 24 przypadków, w których w klinice Hornera rozpoznano glejak, z tych jednakże glejak w istocie istniał tylko w 22, gdyż w jednym było zapalenie ciała szklanego (*hyalitis*), w drugim — ropiaste zapalenie naczyniówki. Goldzieher (*klin. Monatsblätter f. Augenheilk.* 1879 str. 45) znalazł w jednym przypadku — historyja choroby była wcale nie-

znaną — gałkę, wypełnioną nowotworem, w którym pętle sieci, na kształt w płucach spostrzeganej, powstałéj prawdopodobnie wskutek zlania się komórek, łączyły się bezpośrednio z grubemi szklistemi wyrostkami również zgrubiałéj membr. lim. interna. Naczyń nowotwór wcale nie posiadał; istotę jego stanowiły odrębne przeważnie komórki, które bardzo przypominały jądra, położone u podstawy włókien zrębowych siatkówki. Nietylko nowopowstałe komórki, ale i same komórki siatkówki, a nawet naczyniówki były szklisto zwyrodniałe. Zdaniem autora w zmianach opisanych ze względu na znaczne wymiary powstałego utworu, na brak naczyń i zwyrodnienie szkliste, najwłaściwiéj rozpoznać nowotwór, mianowicie oblak (cylindroma). Da Gama Pinto (*Untersuchungen ueber intraoculare Tumoren. Wiesbaden* 1886) opisuje przypadek wrzekomego glejaka siatkówki u $3^1/_2$ letniego dziecka. Dyjagnoza kliniczna brzmiała — glejak; poza przeźroczystą soczewką znajdowała się żółtawa, p o z b a w i o n a n a c z y ń masa, która zresztą d r g a ł a p r z y z n a c z n i e j s z y c h r u c h a c h gałki. Przednia komora g ł ę b o k a, c i ś n i e n i e o b n i ż o n e, ślepota. Po rozcięciu gałki, znalazł siatkówkę zupełnie oderwaną, tworzyła ona okrągły sznurek, który łączył nerw wzrokowy z położoną ku przodowi półokrągłą białawożółtą masą. W masie téj rozpoznać wypadło produkt zapalenia ciała rzęskowego. Pokład (*Schwarte*) pochodził przeważnie od rąbka siatkówki, stanowił ciąg dalszy walcowatych komórek części rzęskowéj; w okolicy tylnego bieguna soczewki produkty te wchodziły do jéj istoty. Inne części oka były prawidłowe, tylko przybłonek barwikowy cokolwiek rozrosły; w tęczówce i ciele rzęskowem mierny naciek. Noyes (*Americ. Ophthalm. Soc. 23 meeting* 1887) opisał następujący przypadek: u 5-letniéj dziewczyny przy obrazie klinicznym glejaka przypominającym po wyłuszczeniu gałki znaleziono powstałą w ciele szklanem masę z tkanki łącznéj złożoną. Siatkówka była zupełnie oderwaną.

Schiess — Gemuseus (*Arch. f. Ophthalm.* XXXIV, 4) opisał wrzód w zgrubiałéj siatkówce. Dziecię 10 letnie przed rokiem cierpiało na zapalenie lewego oka, które wkrótce ustąpiło, lecz wzrok znacznie upadł. Jeszcze przed 6 ciu tygodniami nie było najmniejszego stanu zapalnego. Od dwóch tygodni wrażenie światła znikło, od tygodnia spostrzeżono rozszerzenie lewéj źrenicy, od dni kilku dziecię doświadcza bólów. Obraz kliniczny najzupełniej odpowiadał glejakowi siatkówki w początku okresu zapalnego. Po dokonanem wyłuszczeniu gałki znaleziono lejkowate oderwanie siatkówki, części jéj przednie zawierały barwik, który prawdopodobnie ze krwi pochodził; tylna powierzchnia soczewki kształt miała stożkowaty, u wierzchołka stożka również barwik się znajdował. Na zewnętrznéj powierzchni lejka znajdował się okrągły torbiel barwy żółtawéj, ściśle z siatkówką połączony. Ponieważ wewnętrzne warstwy siatkówki były zachowane, przeto niepodobna było przypuścić wstąpienia produktów przez pękniętą siatkówkę do ciała szklanego, lecz wypadło rozpoznać wrzód odgraniczony w warstwach wewnętrznych siatkówki powstały. Gorecki (*Société d' ophtalm. de Paris* 3 *Juillet* 1889) opisał następujący przypadek. 5-letnie dziecię przed pół rokiem zostało uderzone w oko. Obraz kliniczny nie pozostawiał wątpliwości co do glejaka, przeto wyłuszczono gałkę. Siatkówka była zupełnie oderwaną i ciągnęła się w postaci sznurka do nerwu wzrokowego; pomiędzy nią a naczyniówką znajdował się włóknikowy wysięk. Przy badaniu powierzchownem tylko bardzo małe miejsce budzić mogło podejrzenie co do glejaka. Dokładniejszego badania dokonać miano później, wszakże dotąd nigdzie go nie znalazłem.

Przypadki przytoczone udowadniają, że w niektórych przypadkach rozpoznanie glejaka bynajmniej nie jest tak łatwem, jakby się zdawać mogło, stwierdza to też niżéj przytoczony przypadek, który również co do cech klinicznych najzupełniej przypominał glejaka. R. G., 12-letnia dziewczyna, zupełnie zdrowej i mocnej budowy, zasięgała mej rady w r. 1888 z powodu ślepoty lewego oka, którą przed rokiem jakoby została dotkniętą i bólów w lewej skroni od czterech miesięcy powtarzających się z odstępami. Przed dwoma miesiącami otaczający spostrzegli odblask o zmroku pochodzący z poza źrenicy oka. Prawe oko zupełnie prawidłowe, prócz bardzo nieznacznej plamy obok brzegu dolnego rogówki, wzrok prawidłowy. Badanie lewego oka wykazało: powieki, spojówka i rogówka zupełnie prawidłowe, ciśnienie śródoczne znacznie podniesione, żyły podspojówkowe nastrzykane. W obrębie źrenicy odblask białawy z głębi oka pochodzący, poczucia światła zupełnie stracone, źrenica cokolwiek rozszerzona, lecz kurczy się przy działaniu światła na prawe oko. Przednia komora prawidłowej głębokości, położenie gałki zupełnie prawidłowe, ruchy również. Przy oświetleniu bocznem znalazłem zupełnie przeźroczystą soczewkę, po za nią zaś szarawobiałą guzowatą powierzchnię, w niektórych miejscach brunatnożółtawemi kropkami pokrytą, która pozostawała nieruchomą przy znaczniejszych nawet ruchach gałki. Chora przed trzema laty, z powodu przypadkowego obrażenia prawego oka miała je zawiązane wciągu dwóch dni, przez ten czas jednak mogła najswobodniej oddawać się zwykłym zajęciom; nie ulega więc wątpliwości, że lewe oko było uprzednio zupełnie prawidłowe. Mając nadto na względzie zupełnie zdrowy organizm, powstałe od 4 miesięcy w pewnych odstępach bóle rzęskowe, w obec danych przy badaniu oka chorego otrzymanych, rozpoznano nowotwór, najprawdopodobniej glejak siatkówki w początku okresu zapalnego. Nazajutrz dokonałem wyłuszczenia gałki ocznej. Części gałkę otaczające i nerw wzrokowy, odcięty o 4 mm. ku tyłowi od wejścia do gałki, były zupełnie prawidłowe. Przechowałem gałkę w płynie Müllera, następnie przeniosłem do wyskoku, poczem zawarłem do celloidyny.



O b j a ś n i e n i e r y s u n k u:

C — rogówka.
S — białkówka.
ch — naczyniówka.
pc — wyrostki rzęskowe.
I — tęczówka.
L — soczewka.
N — nerw wzrokowy.
R — siatkówka.
R' — sznurek siatkówki.

Długość osi ocznej wynosiła 21, 5 mm. Rogówka zupełnie prawidłowa, tęczówka również, jakoteż jej warstwa jagodówkowa, która bynajmniej nie była zgrubiałą, na całej przestrzeni swobodną, nigdzie nie zrośniętą z przednią torebką soczewki. Pętle przestworu Fontany zupełnie prawidłowe, dokoła przewodu Schlemma najmniejszego nacieczenia drobno komórkowego. Soczewka prawidłowa, torebka i jej przybłonek zupełnie dobrze przechowane. We właściwem ciele rzęskowem (mianowicie w jego części zmarszczonéj, *pars plicata*) żadnych zgoła zmian, nie tylko w mięśniu zastosowawczym, lecz również w podścielisku jego zupełny brak

nacieczenia drobno-komórkowego, naczynia bynajmniej krwią nie przepełnione, listki jagodówkowe i rzęskowa część siatkówki bez żadnych zmian. W obrączce rzęskowej (*orbiculus ciliaris*), zwłaszcza w tylnej jéj części, bardzo wybitne znajdujemy zmiany, te zaś znacznie się pomiędzy sobą różnią w skroniowej i nosowej połowach gałki, w pierwszej mianowicie były one o wiele wydatniejsze. Naczyniówka nigdzie nie była oderwaną od białkówki i wyglądała zupełnie prawidłowo; od śródocznego końca nerwu wzrokowego brał początek sznurek, mniéj 1 mm. grubości mający, ktory ku przodowi przechodził w masę mającą przeszło 3 mm. grubości, która łączyła się ze ścianami gałki w okolicy rąbka zębatego (*ora serrata*) siatkówki. Sam sznurek i masa owa była to oczywiście zupełnie lejkowato oderwana i w fałdy ułożona siatkówka; nie wypełniała ona jednostajnie pozasoczewkowego pasa gałki, lecz widocznie była ściągniętą ku skroniowej połowie, obok brzegu obrączki rzęskowéj zawierała tu dość znaczną ilość barwika, przeciwnie w nosowéj części, już na znacznej odległości od brzegu obrączki rzęskowéj masa przechodziła w cienkie pasemko, które łączyło się z obrączką również w miejscu odpowiedniem rąbkowi zębatemu siatkówki. Pomiędzy oderwaną siatkówką a naczyniówką znajdował się wysiąk, który w płynie Müllera przyjął postać twardéj galaretowatéj masy, ta zaś zawierała bardzo nieliczne komórki limfoidowe, a bliżéj powierzchni naczyniówki również nieliczne barwikowe przybłonkowe. Widzieliśmy, że przednia część traktu jagodówkowego, mianowicie nietylko tęczówka, lecz nawet część zmarszczona ciała rzęskowego nie przedstawiały żadnych zgoła zmian; to samo powiedzieć możemy o tylnej części traktu, czyli o właściwéj błonie naczyniówkowéj — zmian nie znalazłem w niej żadnych, ani zapalnych, ani też zanikowych. Przybłonek, jak to zwykle bywa, pozostał w połączeniu z naczyniówką. Pewne, chociaż nieznaczne zmiany w błonie naczyniówkowéj znalazłem tylko w częściach bezpośrednio za rąbkiem zębatym siatkówki położonych i w obrębie wązkiego pasa, otaczającego tarczę nerwu wzrokowego. W ostatniem miejscu grubość naczyniówki o wiele była znaczniejszą, w istocie zaś jéj znajdowały się liczne komórki limfoidalne, w które obfitowały również najbardziéj wewnętrzne (a więc przeważnie przez naczyniówkę utworzone) warstwy błony sitowatéj.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z zakładu medycyny sądowéj w Uniw. Jagiell.

Sposoby wykrycia związków sinu w ciałach temiż zatrutych.

Według wykładu wygłoszonego na VI. Zjeździe lekarzy i przyr.

Skreślił
Dr. Leon Wachholz,
asystent przy tymże zakładzie.

Do tych nielicznych zatruć, które przy stole sekcyjnym jesteśmy w stanie rozpoznać, należą po części zatrucia związkami sinu. Z licznych połączeń sinu ma wartość doniosłą w praktyce sądowéj sinek potasu; kwas bowiem pruski czysty, przedstawiający ciecz najwyżéj w ciepłocie 18° C., jest rzadko dostępnym, w stanie zaś rozcieńczonym odkąd nie jest objęty lekospisem również tak donioslego znaczenia mieć nie może. Z przetworów zaś roślinnych, zawierających kwas pruski, znajdujemy w dzisiejszym lekospisie tylko: *aqua amygd. amararum* (0·1% *ac. hydrocyanati*), *aqua laurocerasi* (0·7%—0·1%); nadto znajduje się w handlu *oleum amygd. amar. crudum*, mocno trujące z powodu zawartości średnio 10% kwasu pruskiego. Przetwory te jednak dopiero w znacznych ilościach przyjęte sprowadziłyby zejście śmiertelne; wreszcie jako środków heroicznych bez przepisu lekarza apteki ich nie wydają.

Ze soli zaś kwasu pruskiego sinek potasu, znajdujący rozległe techniczne zastosowanie u fotografów, brązowników, pozłotników i t. d. jest tą modną trucizną, która z każdym dniem prawie dla ogółu staje się dostępniejszą. W Wiedniu w r. 1873 według zestawienia Innhausera i Nussera zdarzyło się 17 samobójczych otruć sinkiem potasu na liczbę ogólną 46 samobójstw. Według Hofmanna zdarzyło się w r. 1874 32 otruć tymże na 63 samobójstw, w r. 1875 zaś na 57 samobójstw 27 otruć sinkiem.[1] W Anglii, gdzie sinek potasu, rozcieńczony kwas pruski i olejek migdałów gorzkich wszędzie z łatwością nabywać można, zatrucia te oddawna są bardzo częstemi. U nas, gdzie przemysł mniéj rozwinięty, należą zatrucia sinkiem potasu do rzadkości.

Obraz, jaki zwłoki zatrute przedstawiają, zależy od wielkości dawki spożytéj i od okoliczności, czy zwłoki po upływie dłuższego dopiero czasu poddano sekcyi. Jeśli truciznę przyjęto w dawce natychmiastową śmierć sprowadzającéj, wówczas oględziny zwłok mogą dać wynik ujemny, a tylko badanie chemiczne treści żołądka, krwi lub moczu (i to nie zawsze) mogą przyczynę śmierci wyjaśnić.

Zmiany po zatruciu związkami sinu występujące, są: Zwłoki dłuższy czas przechowywane ulegają gniciu, a wówczas sinek potasu, jak wogóle wszystkie sinki łatwo już na powietrzu rozkładające się, wchodzi w połączenie z kwasem siarkowodowym i amoniakiem, przy gniciu powstającemi i w ten sposób powstają rodanki, trudniéj wykazać się dające.

Obraz sekcyjny wybitnego zatrucia sinkiem potasu przedstawia się jak następuje:

Po otwarciu czaszki odczuwa się woń wybitną, podobną do woni gorzkich migdałów. Woń tę można również wyczuć w innych jamach ciała, w żołądku i t. d.; tu jednak może ona być wonią gazów gnilnych pokrytą.[2]) Stężenie trupie zwykle wcześnie występujące długo się utrzymuje, bo gnicie bywa wolniejszem dzięki po części przeciwgnilnym własnościom związków sinu. Plamy trupie okazują barwę jasno-różową lub zwykłą. Krew jest płynną, gdyż śmierć zwykle nagle następuje. Zabarwienie jéj opisują różni autorowie różnie; jedni jako ciemne krwi żylnéj, inni jako jasnowiśniowe podobne do barwy krwi tlenkowęglowéj. Preyer stara się zmienność tego zabarwienia wytłomaczyć tem, czy śmierć nastała prędko, czy też poprzedzona była dłuższym okresem dusznicy (dyspnoë). W pierwszym bowiem razie zawiera krew więcéj tlenu, w ostatnim jest mocno żylną. Doświadczenia na zwierzętach robione zapatrywania tego nie stwierdzają. Według Hoppe-Seylera jasne zabarwienie krwi pochodzi od połączenia się kwasu pruskiego z hemoglobiną. Wreszcie tłomaczono to zabarwienie utrudnionem oddawaniem tkankom tlenu ze krwi.

Narządy wewnętrzne najczęściéj są przekrwione; płuca okazują wynaczynionki podopłucnowe, obrzęk ostry i poduszkowate rozdęcie pęcherzyków przybrzeżnych. Serce prawe zwykle jest wypełnione krwią płynną. Błona śluzowa żołądka okazuje zmiany zależne od tego, czy w danym przypadku nastąpiło zatrucie kwasem pruskim, a w takim razie znachodzą się tylko nastrzykania na szczytach fałdów i nieliczne wynaczynionki, czy też sinkiem potasu, a wówczas błona śluzowa z wejrzenia jest podobną do czerwonego aksamitu, okazuje liczne wynaczynionki, nawet nadżerki. Jeśli jednak truciznę przyjęto w roczynie kwaśnym, jak to naj-

[1]) Maschka: *Handbuch der gerichtl. Med.* B. II. — [2]) Ibidem.

częściéj w przypadkach samobójstw się zdarza, i jeśli trucizna dostała się na pełny żołądek, wówczas działanie żrące sinku potasu, jako silnéj zasady, może bardzo znacznie być upośledzonem, a wtedy i zmiany te charakterystyczne w błonie śluzowéj żołądka nie występują.

W tych tedy przypadkach, gdzie zmiany powyżéj opisane nie są wybitnie zaznaczone, zmuszeni jesteśmy uciekać się do prób chemicznych celem wykazania związków sinu.

Aby skontrolować czułość prób do dzisiaj znanych, a szczególniéj przekonać się o wartości i czułości próby prof. Koberta z Dorpatu [1]), przedsięwziąłem następujące doświadczenia:

Dwom królikom, których ciężar ciała wynosił 98 dgr., podałem z rozczynu sinku potasu 0·10%, dawkę 0·005 sinku zawierającą, na pełny żołądek. Jeden z nich otrzymał sinek w rozczynie alkalicznym, drugi w rozczynie zakwaszonym kwasem solnym. U obydwu wystąpiły wkrótce wszystkie objawy zatrucia, jak duszność, drgawki, dobrowolne oddawanie kału, chwilowe ubezwładnienie. Po krótkim jednak czasie objawy te ustąpiły. Wówczas dawkę ponawiałem dopóty, aż 0·05 sinku potasu śmierć śród porażenia nagłego sprowadziły. Na jeden dekagram ciała wypadało zatem 0·0005 sinku potasu. Czas doświadczenia wynosił niespełna godzinę. Sekcyja królików tych wykazała: nastrzykanie błony śluzowéj tchawicy; obrzęk ostry płuc, wynaczynionki podopłucnowe, krew płynną, ciemną, serce w prawéj tylko komórce nieco krwi płynnéj zawierające. Żołądek królika zatrutego czystym rozczynem sinku potasu okazywał zmydlenie błony śluzowéj, żywsze jéj nastrzykanie, żołądek zaś królika kwaśnym rozczynem zatrutego przedstawiał tylko nieznaczne nastrzykanie.

Innemu królikowi podałem 0·50 sinku potasu, padł on w kilka sekund po podaniu. Żołądek jego wraz z treścią zachowałem aż do dnia drugiego, w którym to czasie zbadałem jego stan. Błona śluzowa była zmydloną, czerwoną, jednak nie tak charakterystycznie, jak to się zwykle przy zatruciach tych zdarza. Płuca okazywały znacznie mniejszy stopień obrzęku niż u poprzednich; wynaczynionki podopłucnowe były dość liczne, a nawet i pod osierdziem je znalazłem. Krew u wszystkich królików była ciemno zabarwioną. Treść żołądkową królika ostatniego po zakwaszeniu kwasem winowym przedestylowałem przy łagodnéj ciepłocie. W ciągu destylacyi poczułem wybitną woń kwasu pruskiego. Destylat ten poddałem próbom chemicznym: po zobojętnieniu go ługiem sodowym i dodaniu kilku kropli siarkanu żelazawego i kwasu solnego powstawało błękitne zabarwienie, a po odstaniu strąt niebieski. Próba rodanowa wypadła również dodatnio, choć jest uciążliwszą od pierwszéj w wykonaniu. Próbę Preyera wykonałem w dwojaki sposób: świeżo sporządzony nastój wyskokowy żywicy gwajakowéj, po dolaniu kilku kropel słabego rozczynu siarkanu miedziowego, przyjmował jasno-błękitną barwę, która po dolaniu destylatu w szafirową barwę się zmieniła.[2]) Na bibule (sposób Schönbeina) odczyn ten sam występował. Również stwierdziłem, że dym tytoniowy a w większym jeszcze stopniu amoniak tenże sam wynik dają co i związki sinu w obec odczynnika Preyera.

Krew poddałem próbie Schönbeina [3]) z dwutlenkiem dwuwodu; krew królika zabitego dawką 0·50 sinku potasu dawała wynik ujemny, gdy krew królików dawkami 0·0005 zabitych, z dwutlenkiem dwuwodu zbielała bez poprzedniego burzenia i uwalniania tlenu. (Dok. nast.)

[1]) Prof. Kobert: *Ueber Cyanmethaemoglobin* 1891. — [2]) Preyer. *Die Blausäure. Archiv. für exper. Pharm. und Phys.* B. III. — [3]) Schönbein. *Journal f. praktische Chemie.* 1869, Kobert. *Ueber Cyanmethb.*

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1889. Lwów 1891 (4-ka str. 50 i LIX).

Zdanie sprawy niniejsze składa się z dwóch części: w pierwszéj znajdujemy przedstawienie chorobliwości, śmiertelności, urządzeń szpitalnych, dobroczynnych, personalu lekarskiego i aptek a rzecz cała kończy się wnioskami zmierzającemi do poprawy zdrowia publicznego. Część tę opracował Dr. Cassina. W drugiéj części mieszczą się same tablice statystyczne z datami dotyczącemi chorobliwości, śmiertelności, porodów, obłąkanych, matołków, szpitali, służby zdrowia i t. d. Zestawienia żmudnego tych cyfr dokonał Dr. Mieczysław Kramarzyński.

O ile zdanie sprawy samo robi wrażenie korzystne przez sumienne zestawienie mozolnie zebranych liczb i trafność wywiedzionych z nich wniosków, o tyle znów doznaje się wstydu i upokorzenia widząc taki obraz nędzy, ciemnoty i idącéj w trop za nią nieradności. Dosyć powiedzieć, że gdy w Anglii mądremi rozporządzeniami i urządzeniami sanitarnemi sprowadzono śmiertelność do 18 na rok i tysiąc, wynosiła ogólna śmiertelność w Galicyi w roku 1889 32·3 w tym samym stosunku!

Odsyłając czytelnika po szczegóły do samego zdania sprawy przytoczymy tu tylko kilka dat ciekawszych. I tak śmiertelność była większą w Galicyi wschodniéj niż zachodniéj. Między Lwowem a Krakowem były w wielu względach znaczne różnice: w Krakowie umarło z chorób zakaźnych 6·7, we Lwowie 9·8% ogółu zmarłych. W Krakowie zmarło z braku sił żywotnych 64, z ospy 1, z tyfusu (jakiego? niewiadomo; zdaje się tylko, że porachowano tu razem tyfus brzuszny i osutkowy) 40, czerwonki 11, suchot płucnych 503 osób, gdy dla Lwowa liczby te wyniosły po kolei: 119, 59, 47, 93, 719. *D.*

Patologija.

Dr. J. Kaszkarow: **Automatyczne ruchy głowy po dekapitacyi.**

Prof. Bechtierow: **O pobudliwości rozmaitych części mózgu u nowonarodzonych zwierząt.**

Już Soltmann (1875) i Preyer spostrzegali oddechowe ruchy ust i nosa u nowonarodzonych królików, szczeniąt i morskich świnek, w ślad za odcięciem głowy, a Laborde i Brown-Séquard spostrzegali to i u starszych zwierząt, chociaż w daleko niższym stopniu, co niektórzy tem tłumaczyli, że tkanki młodych zwierząt mniéj pochłaniają i zużytkowują tlenu (Foster). Dr. K. spostrzeżenia swe robił głównie na królikach, po części na kociętach. Automatyczne ruchy w odciętéj głowie spostrzegał tylko u nowonarodzonych lub młodych zwierząt, u starszych zaś wcale nie spostrzegał. Ruchy te (otwieranie i zamykanie pyska, ruchy ssące i t. d.) powstają rytmicznie i im daléj od głowy szyja jest przeciętą, n. p. w dolnéj trzeciéj, tem ruchy te są pełniejsze, częstsze i dłuższe; jeśli się zaś odetnie głowę przy kości potylicowéj, to widzimy tylko otwieranie i zamykanie pyska, które dość prędko ustaje. U nowonarodzonych autom. ruchy są z początku dość częste (co 1/2 min.), późniéj zjawiają się rzadziéj (co 1 min.), nakoniec tracą rytmiczny charakter, trwając jednakże przez całe 22 minuty; odruchowe ruchy tułowia i kończyn trwają tylko 2 min. U 7-dniowych królików ruchów ssących już nie ma, u 3—4 tygodniowych otwieranie i zamykanie pyska powtarza się nie dłużéj niż 2 1/2 min., u starszych zaś niż 2 mies. królików po dekapitacyi widziano tylko ruchy nozdrzy (oddechowe) i wargi górnéj w ciągu zaledwo kilku sekund. U starych królików

otwieranie pyska jest bardzo rzadkie, poczem pysk już się nie zamyka, a w dolnéj szczęce widzialne są kloniczne skurcze.

Można było z początku przypuszczać, że przyczyną autom. ruchów u nowonarodzonych, których nie spostrzegamy u starych zwierząt, jest różnica ich temperatury, nowonarodzone więcéj są zbliżone do zimnokrwistych lub raczéj do będących w uśpieniu zimowem. Autor przekonał się, że u nowonarodzonych królików ciepłota w pysku bywa od 33·8 do 35° C. przy c. pokojowéj + 15 R., u starych zaś c. dochodzi do 38·6. Starano się sztucznie obniżyć c. u tych ostatnich. Z początku Dr. K. za przykładem Kl. Bernarda (przecina się część szyi tylną względnie kręgi z mózgiem, i zwierzę zostawia w zimnem miejscu kilka godzin) ochładzał stare króliki i doprowadzał je do tego, że w odbytnicy c. wynosiła + 17° R.; chociaż mięśniom i nerwom sztucznie dawała się własność zimnokrwistych, względnie więcéj one miały wytrzymałości, lecz po dekapitacyi nie widziano nawet ruchów nosowych, oddechowych.

Użyto przeto innego sposobu w celu zbliżenia ciepłoty starych kotów do nowonarodzonych, tj. otwierania otrzewnéj, przyczem już po godzinie ciepł. spada o 2—3°, a po 2—3 godzinach nawet niżéj 4°. Do tego dołączano golenie sierści, poczem ciepł. obniża się na 3°. Obniżywszy tym sposobem ciepł. do 34°, i to bez narkozy, robiono dekapitacyję: ani ruchów pyska (właściwie warg), ani też nosowych nie widziano wcale. Doświadczenia takie, w liczbie 10, robiono na 4 mies. do 2 lata mających królikach.

Następnie Dr. K. robił te doświadczenia z wycinaniem i podrażnieniem prądem elektrycznym półkul i innych części mózgu u kociąt.

Rezultaty wszystkich tych doświadczeń są następujące:

1) Ruchy, obserwowane w odciętych głowach, bywają następujące: otwieranie i zamykanie pyska, ruchy językowe, ruchy warg ssące, ruchy szyi i wargi górnéj.

2) Widzimy je tylko u nowonarodzonych.

3) Przez podniesienie u starych (stopniowem ochładzaniem ciała) wytrzymałości układu nerw. ruchy te nie stają się ani dłuższemi, ani też więcéj urozmaiconemi.

4) Usunięcie z czaszki wszystkich części mózgu, prócz *med. oblongatae,* nie niszczy autom. ruchów głowy, po jéj odcięciu.

5) Podrażnienie *med. oblongatae* prądem elektrycznym na odciętéj głowie sprowadza też same zjawiska, jakie widzimy u nowonarodzonych przy odcięciu głowy.

6) Po wycięciu półkul mózgowych w odciętej głowie autom. ruchy stają się częstszemi i obszerniejszemi.

7) Ruchy te zależne są od podrażnienia *med. oblongatae* wskutek niedostatecznego jéj odżywienia (*asphyxia med. oblongatae*), mają więc charakter asfiktyczny.

8) Ssące ruchy noworodków mają swój ośrodek w *med. oblongata.* („*Russkaja Medicina*“ Nr. 27.)

Przypisek. Byłem obecnym przy wielu z tych ciekawych doświadczeń, autom. ruchów powiek i gałek nowonarodzonych nie mogłem widzieć po dekapitacyi, głównie wskutek tego, iż króliki, psy i kocięta rodzą się ślepemi, t. j. ze zrośniętemi powiekami. Przy sztucznem jednak ochładzaniu starych królików (notabene u usypianych chloralem) za pomocą otwierania jamy brzusznéj, do któréj kładziono kawałki lodu, skoro ciepłota obniżała się do 2—4°, obserwowałem po dekapitacyi wyraźnie rytmiczne ruchy powiek i gałek ocznych: powieki otwierały i zamykały się, gałki wahadłowo ruszały się z góry ku dołowi i nieco ku wewnątrz, poczem wykonywały rotacyjne ruchy i znowu wahadłowe i t. d.; jednocześnie objawiały się skurcze w mięśniach twarzy, kończynach i innych częściach ciała.

Prof. Bechtierow (*Wracz* Nr. 15, 1889) u ślepo-rodzących się, jednocześnie głuchych zwierząt znajdował mózg nierozwiniętym w większym lub mniejszym stopniu: włókna nerwowe nie obłożone są jeszcze myeliną, przeważnie w półkulach mózgowych, gdy przeciwnie u zwierząt rodzących się dobrze rozwiniętemi, istota biała mózgowa wszędzie posiada gotowe już myelinowe włókna. Nowonarodzone dzieci mieści on pomiędzy ślepo-rodzącemi się zwierzętami i rodzącemi się już z otwartemi oczami (zbliżone one są do 10—12 dniowych szczeniąt i 5—7-dniowych królicząt). Dopiero z chwilą pojawienia się myelinowéj osłonki w włóknach nerw. téj lub owéj części mózgu objawia się elektryczna pobudliwość odpowiedniéj sfery mózgowéj. *Dr. J. Talko.*

Kwestyja błonicy na kongresie hygijenicznym w Londynie.

Dyskusyję nad rozszerzaniem się błonicy, która toczyła się w sekcyi dla medycyny zapobiegawczéj, rozpoczął Dr. Seaton od wykładu: „O błonicy ze szczególnem uwzględnieniem jéj rozszerzania się i zapobiegania jéj“. W wykładzie tym zwrócił mowca przedewszystkiem uwagę, że żaden klimat nie chroni od téj choroby, jakkolwiek jest ona rzadszą w gorącéj strefie niż w umiarkowanéj. Rozszerzanie się dyfteryi nie stosuje się do tych prawideł, jakie w innych chorobach zakaźnych zauważamy; w przeciwieństwie do innych chorób jest błonica na wsi częstszą niż w mieście (w Anglii). Nadto zauważono w Anglii, że w ostatnich 15 latach śmiertelność z powodu błonicy wzrosła synchronicznie z zakładaniem urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych (!). Z drugiéj strony Seaton spostrzegał w swoich przypadkach, że urządzenia hygijeniczne nie wywierają wcale wpływu na rozszerzanie się błonicy tak, że środki sanitarne wstrzymujące bieg innych chorób zakaźnych i obniżające ich śmiertelność, epidemii błonicy wcale nie wstrzymują i złośliwości jéj nie łagodzą. Proponuje w końcu badanie zbiorowe etyjologii błonicy w różnych państwach, które zajmowałoby się znanemi czynnikami etyjologicznemi: rozszerzaniem choroby za pośrednictwem mleka, w szkołach, wpływem wilgoci, brudu, przeludnienia, a nadto szczególnie zwracałoby się ku poznaniu miejscowych stosunków, które sprawiają, że błonica epidemicznie występuje.

Dr. Schrevens z Tournai wskazywał na to w wykładzie swoim, że rezultatem spostrzeżeń poczynionych w Belgii nad rozszerzaniem się dyfteryi jest fakt, że gdzie dur najczęściéj występuje, tam i dyfteryja jest częstą; podobnie w pewnych okolicach obie choroby są znowu rzadkością. Ta wspólność musi polegać na tem, że obie choroby są „kałowemi“ *(faecal)* i że ich patogenetyczne drobnoustroje najlepiéj rozwijają się w brudzie i nieczystościach. Pewna różnica jednak zaznaczyć się daje, a mianowicie zanieczyszczenie powierzchownych warstw ziemi sprzyja rozwojowi prątków Löfflera, podczas gdy prątki Ebertha rozwijają się energicznie w obec zanieczyszczenia głębszych warstw. Jako dowód, że zanieczyszczenie górnych warstw ziemi przyczynia się do rozszerzenia błonicy, przytacza S. większą śmiertelność z powodu błonicy po wsiach niż w miastach; i jakkolwiek gęste zaludnienie powiększa wzrost błonicy, to mniejszą śmiertelność w miastach zawdzięczyć należy większéj czystości ziemi (w Belgii! — u nas inaczéj *Przyp. ref.*)

Dalszą okolicznością przyczyniającą się do rozszerzania się błonicy, jest hodowanie pewnych zwierząt, które bardzo są skłonne do zakażenia się jadem błonicowym, jak drobiu i t. p. Przenoszenie się dyfteryi z takich zwierząt na człowieka spostrzegał autor bardzo często.

Trzecią przyczyną rozszerzania się dyfteryi jest zaniedbanie środków desinfekcyjnych i odosabniających. Na uwagę zasługuje, że S. nie przypisuje położeniu geograficznemu, a zwłaszcza wzniesieniu nad poziom morza, żadnego wpływu na pojawianie się błonicy.

Dr. Adams (Maidstone) mówił: „O stosunku między pojawianiem się błonicy a zmianami w stanie wody gruntowéj“. Przy pomocy starannego spostrzegania wysokości wody gruntowéj, i innych zjawisk meteorologicznych, jakoteż częstości dyfteryi przez przeciąg $6^1/_2$ roku, doszedł A. do wniosku, że pomiędzy błonicą a stanem wody gruntowéj zachodzi ścisły związek. Według zapatrywań mowcy jad błonicowy znajduje się w zanieczyszczonych górnych warstwach ziemi, i w pewnych warunkach wywołanych wilgocią, ciepłotą odpowiednią itd., rozwija się i mnoży, aż dostaje się do powietrza i staje się przyczyną wybuchu epidemii. Czynnikami ułatwiającemi wydostanie się

drobnoustrojów z ziemi do powietrza są gwałtowne deszcze, podnoszenie się wody gruntowéj, obniżenie się ciśnienia atmosferycznego itd.

Dr. Hevitt (Minnesota w półn. Ameryce) doszedł na podstawie 18-letniego doświadczenia, jako przełożony 1575 okręgów sanitarnych, do następujących wniosków: Dyfteryja jest jedną z najbardziéj zaraźliwych chorób i przenosi się najczęściéj za pośrednictwem odzieży. Jad dyfterytyczny rozwija się poza ustrojem i w niższéj ciepłocie niż ciepłota ustroju; przylega bardzo ściśle do odzieży, pościeli, sprzętów i części mieszkań i tamże długi czas zachowuje swą żywotność. Ze środków ochronnych, jakie na razie posiadamy, najlepszem jest odosobnienie i równoczesna desinfekcyja.

Dr. Paget mówił o różnéj skłonności do zakażenia się jadem błonicowym u krajowców i u przybyłych, twierdząc, że pierwsi łatwiéj podlegają zakażeniu dyfterytycznemu.

W dalszéj nader ożywionéj dyskusyi, w któréj między innymi brali udział proff. Espine, Escherich, Günther, wielka część mowców zaprzeczała urządzeniom kanalizacyjnym wpływu na podwyższenie się śmiertelności z powodu błonicy. Wszyscy zresztą zgodzili się na to, że najlepszym środkiem zapobiegającym rozszerzaniu się epidemii błonicy jest ściśle przeprowadzenie racyjonalnéj desinfekcyi miejscowéj.

W końcu uchwalono rezolucyję, „że kongres wzywa rządy europejskie, aby podjęły dokładnych, systematycznych badań nad przyczyną błonicy“. (*Wien. med. Blätter* 1891, Nr. 38.)
Dr. A. Beck.

Medycyna sądowa.

Prof. Kobert: **O wykryciu zakisów i jadów we krwi.**

Wykrycie trucizn i zakisów we krwi tak w fizyjologicznych celach, jak sądowo-chemicznych jest trudnem z powodu łatwości rozkładu krwi mianowicie ciałek czerwonych, czy to przez gnicie czy przez nieostrożne postępowanie przy badaniu. W ostatnich czasach dowiedziano się, że w pewnych stanach chorobowych tworzą się we krwi trucizny (pominąwszy ptomainy), które należą do grupy istot białkowatych. Celem uzyskania tych trucizn z krwi trzeba użyć takiego odczynnika, któryby jedynie białko z Hb związane w postaci strątu osadził, trucizny zaś powyższe w roztworze utrzymał. Jako taki odczynnik podaje K. chemicznie czysty proszek cynku. Postępowanie przy tem jest następujące:

Ze krwi świeżéj można strącić Hb z białkiem swem, jeśli przed dodaniem proszku cynkowego poprzednio roztwór dokładnie się zobojętni. W krwi staréj, gnijącéj, obfitującéj w NH_3, o oddziaływaniu alkalicznem, należy zasadowość kwasami zobojętnić. Krew nie może zawierać methb. a jeśli zawiera, należy krew taką bez rozcieńczania lub wstrząsania zostawić jakiś czas w spokoju, aż methb. zginie. Krew należy rozcieńczać przynajmniéj pięciokrotną ilością wody. Ilość cynku musi wynosić przynajmniéj połowę cię żaru co do wagi badanéj ilości krwi przed jéj rozcieńczeniem. Całą mięszaninę krwi, wody i cynku należy energicznie we flaszce wstrząsać, aż do utworzenia się jednolitéj piany. Cynk musi być chemicznie czystym a więc wolnym od arsenu, fosforu i żelaza. W ten sposób postępując otrzymujemy strąt w postaci brunatnego ciasta, który zawiera tylko Hb. i jego białko. W roztworze zostają wszystkie glykosydy, alkaloidy, toksalbuminy, zakisy, amidy itd.

Chcąc odsącz zbadać doświadczalnie, strąca się w małéj próbie cynk zawarty kilku kroplami siarkanu sodu. — Drobnoustroje, jeśli były we krwi zawarte, pozostają w osadzie pierwotnym; aby jednak zupełnie odsącz wyjałowić, należy go przesączyć przez świeczki Chamberlanda. Jeśli pierwsza próba po strąceniu cynku, zastrzyknięta zwierzęciu do krwi, wywołała objawy zatrucia, wtedy strąca się w drugiéj próbie pierwotnego odsączu kroplę żelasinku potasu i kwasu octowego, wszelkie istoty białkowate i cynk, jeśli odsącz obecny do krwi zwierzęciu wstrzyknięty nie wywołuje żadnych objawów, to widocznem jest, iż odsącz pierwotny zawiera istotę trującą białkowatą. Jeśli jednak próba pozbawiona wszelkich białek wywołuje objawy zatrucia, wtedy należy odsącz téj drugiéj próby badać metodą Dragendorffa, strąt pierwotny Hb i jéj białko zawierający może jeszcze zawierać resztki związków organicznych i kwasu pruskiego, które można uzyskać ostrożnem przemywaniem strątu alkoholem.

Krew badana nie powinna zawierać methb., gdyż ta pod wpływem cynku zmienia swą barwę oliwkową na czerwoną, jako barwę alkalicznéj methb., która z trudnością na Hb się odtlenia. Ztąd też próba cynkowa jest i próbą istnienie methb. wykazującą.

Badanie za pomocą cynku jest możliwem tak w ludzkiéj jak zwierzęcéj krwi, a wyniki K. są znakomite i zachęcające. (*Wr. med. Blätter* 1891, Nr. 41.) *Dr. Wachholz.*

Choroby kobiece.

Dr. Perron opisuje (*Wr. med. Presse* 1891, Nr. 15) przypadek drgawek porodowych, w którym ani chloral i upust krwi, ani chloroform nie odniósł skutku. Napady stawały się częstszemi, wystąpiła duszność, sinica, oddechy nieregularne. Wobec tego rozpaczliwego stanu wstrzyknął P. choréj całą strzykawkę eteru, a gdy oddech zaraz stał się lepszym, po kwadransie drugą, a po 2 godzinach trzecią. Już po II-éj strzykawce drgawki ustąpiły, a po trzeciéj chora wyzdrowiała. Dodać należy, że mocz nie zawierał białka. *Dr. Ebersohn.*

IV. Przyczynki do epidemijologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Epidemiję w Aleppo i okolicy należy uważać za odnowioną zarazę z roku przeszłego. Wiadomo, że cholera w r. 1889 rozpoczęła najprzód grasować w okolicach dolnego Eufratu, w pobliżu zatoki perskiéj. Przetrzebiwszy ludność Mezopotamii a częściowo i Persyi, osłabła na czas zimy w r. 1890. W czerwcu jednak tegoż roku wybuchła ponownie w okolicach Mussulu, Wanu, Bitlisu, Diarbekiru i Aleppa, gdzie w charakterze łagodniejszym przetrwała przez zimę z 1890—91 r., aby znowu i w tych samych okolicach wybuchnąć w czerwcu b. r., już po raz trzeci w ciągu bardzo krótkiego stosunkowo okresu czasu.

Pochodzenie zaś cholery w prowincyi Hedżaz nie jest tak jasnem. Jest więcéj niż nieprawdopodobnem, żeby przerzucenie się jéj mogło nastąpić drogą lądową, lub jak przypuszczano, za pośrednictwem karawan. Nie można jéj także wyprowadzić z Syryi, ponieważ orszak pielgrzymów udających się do Mekki, opuścił Damaszek na półtora prawie miesiąca przed zauważaniem pierwszych przypadków cholery w Herym. Oparci więc na doświadczeniu, możemy uważać drogę morską za jedyną i zwykły szlak, którym cholera z Indyj dostaje się do prowincyj arabskich nad morzem czerwonem.

Przed laty wprawdzie cholera dostawała się do Europy drogą lądową. O tem zaświadczają epidemije jéj z roku 1831 i następnych. Odtąd jednak plaga indyjska przenosi się za pośrednictwem parostatków, przybywających szybko do zatoki perskiéj i arabskiéj, przywożących z sobą z podróżnymi, a przedewszystkiem z pielgrzymami, jużto zarazki choroby, jużto samą cholerę. W okresie dziesięcioletnim, poczynając od roku 1881, cholera cztery razy szerzyła swe zniszczenie na półwyspie arabskim i każdą razą była tam wniesioną przez parostatki angielskie, przybywające najczęściéj z Bombaju. Jedynie tylko w roku 1883 dostała się tam z Egiptu, gdzie już grasowała z wielką zjadliwością. Faktem zaś godnym zanotowania jest ta okoliczność, że każdorazowy jéj wybuch następował zawsze w czasie zebrania pielgrzymów w Dżedda i Mekce. Podobny zbieg w powstawaniu zarazy niepodobna nazwać przypadkowym. Tem więcéj, że on sam przez się wystarcza już do wykazania, że źródłem epidemij cholerycznych w prowincyjach świętych miejsc Islamu, są wyłącznie Indyje, i że w ciągu ostatnich

dziesięciu lat zarazę przeniesiono z prowincyj rejencyi bengalskiéj i przystani miasta Bombaju, z których to okolic już po raz czwarty cholerę za pośrednictwem parostatków angielskich zawleczono najprzód do Adenu, a ztąd do Kameranu i na wschodnie wybrzeża półwyspu arabskiego. Toż samo dotyczy cholery w Bassorze i Bagdadzie, która znowu dostała się do tych okolic przez zatokę perską. Jednem słowem epidemija cholery, ktora w ciągu dwóch lat pochłonęła przeszło 28 tysięcy ofiar w Syryi i Mezopotamii, prawie 17 w Persyi, a która obecnie zagraża Syryi południowéj, Anatolii i wybrzeżom morza Śródziemnego, dostawała się do posiadłości tureckich od strony zatoki perskiéj. Pięć zaś wybuchów zarazy w prowincyi Dżeddy i Mekki, w okresie czasu dziesięcioletnim, która zniszczyła do 60 tysięcy pielgrzymów, przybywających tam na obchód uroczystości mahometańskich, przerzuciła się tam li tylko za pośrednictwem parostatków angielskich, wynajmowanych zwykle do przewozu pielgrzymów z Indyj do przystani morza Czerwonego. Samo wreszcie uwzględnienie geograficznego położenia zatok arabskiéj i perskiéj także za tem przemawia. Są to bowiem przedłużenia tylko oceanu indyjskiego, dwa ramiona wciskające się w posiadłości otomańskie ku Mezopotamii i morzu Śródziemnemu. Są to również dwie olbrzymie bramy zawsze otwarte, dzięki traktatom ułatwiającym komunikacyję handlową i służące do przewożenia towarów, podróżnych i wreszcie mahometańskich pątników. Od téj też strony zagraża nam zawsze największe niebezpieczeństwo. Znieść więc, a przynajmniéj złagodzić to zródło stałéj obawy; zastosować środki ostrożności daleko energiczniejsze, aniżeli to dotąd można było przeprowadzić, ustalić tam wszystko, co wykazują postępy hygijeny profilaktycznéj, oto prawdziwe humanitarne zadanie, spoczywające na barkach tych, którym dostało się w udziale czuwać nad zwalczaniem wpływów szkodliwie oddziaływających na ogólny stan zdrowotny.

Śledząc stale kierunek i rozwój teoryj dotyczących spraw epidemijologicznych, poświęcając nawet nieco własnego czasu badaniu drobnowidowemu wydzielin patologicznych, z całą możebną ścisłością obserwując działanie środków leczniczych i profilaktycznych w stanach chorobowych tak gwałtownych jak cholera lub dżuma, nie pomijałem uwzględnienia także i cech, jakie charakteryzowały tę lub ową z epidemij. Wyniki więc tych spostrzeżeń, jakkolwiek brak im jeszcze obszerniejszych i trwalszych podstaw, można sprowadzić do następujących faktów. Cholera na tureckim wschodzie od epoki najbardziéj morderczéj jej epidemii w roku 1865 nigdy zupełnie nie wygasła. Z każdym też rokiem zwiększała się liczba ich ognisk, zasilanych już to utrzymującym-się a nie polepszonym stanem hygienicznym miejscowości, już też pośrednim przeniesieniem zarazy z krajów, gdzie choroba ta panuje nagminnie. Ukazywania się i rozwoju cholery nie można odnieść do pewnéj określonéj pory roku. I podczas, gdy w arabistańskim Iraku spotykamy ją już w końcu stycznia, w Kameranie i na wschodnich wybrzeżach morza Czerwonego w czerwcu i lipcu, to znowu wczesna jesień była zwykłą porą ukazywania się zarazy w Kurdystanie. Wyjątek jedynie stanowi Syryja. Tam bowiem pierwsze przypadki cholery spostrzegano zwykle w końcu wiosny. Trwała ona do pierwszych upałów, ustawała latem, a około połowy października na nowo rozpoczynała swą kośbę. Zdaje się, że wpływ warunków klimatycznych właściwych każdéj miejscowości, a prawdopodobnie i stopień ciepłoty powietrza oddziaływają widocznie na tę niestałość w rozwoju zarazy. Który jednak z klimatycznych bodźców jest tu najbardziéj czynnym? czy chemiczne zmiany zaszłe w składzie powietrza, jego prądy w rozmaitym stopniu ocieplenia i siły parcia, czy też więcej lub mniéj wysoki stopień wilgoci, tego niepodobna było oznaczyć, przy braku odpowiednich środków badania w naszych tu zawsze wyjątkowych warunkach. Jedno tylko zdaje się być przekonywającem, że jakość gleby i jéj ciepłota, a przedewszystkiem jakość zbiorników z istotami łatwo podlegającemi gnilnemu rozkładowi, w każdéj bezwarunkowo miejscowości przyspieszały rozwój i nasilenie się zarazy. Przekonywają o tem okolice takie jak Dżeddy, Antyjochii, Mossulu, Wanu i południowych wybrzeży Eufratu. Tam bowiem pod cienką warstwą ziemi urodzajnéj znajdujemy zaraz grube pokłady gliny, powstrzymującéj głębsze przesiąkanie płynów pochłanianych przez warstwę górną, posiadającą możność ich wessania i długiego przechowywania. Upały sprzyjają ich rozkładowi; strumienie deszczowe przenoszą je do zbiorników wody do picia. Lub też w miastach posiadających kanały doprowadzające wodę do każdego prawie domu, kanały, a właściwie rowki, choć wycembrowane marmurem, nigdy jednak nie przykryte, także bywają przez nie zanieczyszczane. Niedogodności téj nie uwzględniają mieszkańcy. Nikt ich nie zdoła przekonać, że woda płynąca może zawierać w sobie pierwiastki chorobotwórcze zakaźne, że jest zdolną oddziaływać szkodliwie nie tylko na zdrowie jednostek, ale nawet na ogół mieszkańców w danéj okolicy.

Źródło szerzenia się cholery i sposób jéj rozwlekania się na mniéj lub więcéj odległe przestrzenie, przypisywano jeszcze przed ćwierć wiekiem wytwarzaniu się pierwiastków zaduchowych i przenoszeniu się ich drogą prądów powietrza lub też wykłuwania się zaduchów w miejscach dostępnych dla ich rozwoju. Z chwilą odkrycia „żyjątka przecinkowego" Kocha, zaduchy zastąpiono zarazkiem wykrytym przez uczonego badacza w wydzielinach cholerycznych, którego obecność cechuje ciężki ten stan chorobowy. Jednakże czy pozostaniemy przy dawnéj teoryi zaduchów, czy też przypiszemy powstawanie cholery dostaniu się do ustroju chorobotwórczego zarazka, wywołującego tam patologiczne zmiany, to przyroda saméj choroby i jéj przebieg w czterech przynajmniéj znanych mi epidemijach nie uległa istotnym zmianom. Widzimy też, że tak w dawniejszych jak i w obecnych epidemijach raz przyswojony pierwiastek choleryczny działał z nieporównanie wielką energiją i bezwarunkowo na cały ogół mieszkańców w danéj miejscowości. Zdarzało się bardzo rzadko spotkać choćby jednę osobę, któraby przebywając w miejscu panowania cholery, nie odczuła choćby najlżejszych jéj objawów. Ztąd przestrach, upadek na duchu, uciekanie się do przyjmowania najmniéj wskazanych leków, czego rezultatem pomijanie lub niechęć zastosowania się do racyjonalnych wskazań, tam przynajmniéj, gdzie je mieć było można, a w końcu i co najfatalniejsze, to tem błędnem postępowaniem podtrzymywanie niejako energii szerzącéj się epidemii.

Odnośnie do wieku i płci zapadających na cholerę na tureckim wschodzie powtórzę tu tylko to, co już zanotowałem poprzednio i we wszystkich punktach panowania zarazy, a mianowicie, że: wiek i płeć nie wywierają żadnego wpływu na stopień nasilenia się choroby. Jeżeli pośród nas osoby dorosłe, mężczyźni przedewszystkiem, częściéj od kobiet i dzieci podpadają zarazie, to można to wytłomaczyć nadużywaniem napojów wyskokowych i nadmiernem żywieniem się, podczas gdy na wschodzie alkoholizm jest rzadki, żywienie się nędzne, a ztąd i cholera nie okazuje żadnego wydatniejszego wpływu na tę lub ową płeć, na wiek ten lub inny. Tutaj jednak dzieci ssące stanowią wyjątek, nieprzedstawiając właściwych objawów cholery, — jakkolwiek w czasie epidemij zanotowano i pośród nich większą śmiertelność.

W każdéj z czterech epidemij cholery, czy szerzyła się ona w miejscowościach położonych nad wybrzeżami morza, czy też w okolicach bardziéj od nich oddalonych, czy w miastach lub wioskach, pośród ludności osiadłéj, czy też jak w Mezopotamii koczującéj nad wybrzeżami Tygru i Chaburu, między Arabami i Kurdami, wszędzie i każdą razą śmiertelność była bardzo znaczną. W stosunku do liczby mieszkańców w miejscowościach zakażonych, daje się ona oznaczyć cyfrą 61·7 na sto. Tak wysoką odsetkę śmiertelności wytłumaczyć możemy uwzględnieniem tak najgorszych warunków higijenicznych w danych okolicach, jak również i usposobieniem osobistem, cechującem się nieprzezwyciężonym wstrętem do możebnie stosownego leczenia się.

Teoryja zaduchowo zarazkowa, otwierając obszerniejsze i obfitsze w rezultaty pole badań, pozwoliła zapewnić się,

że w naszych warunkach cholera przedstawiała zawsze dwa typowe okresy: nasilenia i oddziaływania, w których groźne przypady choroby (właściwa cholera) dominowały zawsze nad liczbą przypadków lżejszych (choleryna), zmuszając chorych bezwzględnie do pozostawania w łóżku. Trudność wielką miano zawsze w wyśledzeniu pierwszych przypadków zarazy, nie tylko już pośród pokoleń koczujących, umiejących się ukryć nawet przed domorosłym znachorem, ale nawet w miastach, posiadających lekarzy i tu i ówdzie urzędy zdrowia. Następstwem tego usuwania się z pod kompetentnéj opieki było to, że osoby raz dotknięte pierwiastkiem cholerycznym pomimo odporności, w jaką są uzbrojone sposobem życia, prawie zawsze stawały się ofiarą zarazy.

Jednocześnie z rozwojem i przebiegiem cholery, obserwowano w pewnych miejscowościach a mianowicie w lazaretach i posterunkach sanitarnych, wystąpienie takich stanów patologicznych jak czerwonka, ospa, dur brzuszny, włóknikowe zapalenie płuc, zapalenie żołądka i jelit, a niemniéj też gruźlicę w rozmaitych jéj postaciach i umiejscowieniach. W okolicach zaś gdzie czerwonka panuje nagminnie, tam miała ona zawsze cechę przyczyny usposabiającéj do ulegnięcia cholerze. Zauważono także, że dur, jako stan chorobowy odnawiający się tylko w pewnych okresach czasu, swem wystąpieniem zaprzeczał zdaniu, jakoby w czasie szerzenia się choroby w danej miejscowości chorobę tę rzadko spostrzegano. Owszem w epidemijach cholery na Wschodzie uważano go dość często, — choć pospieszam dodać, że nie w każdéj z dotkniętych zarazą okolicach. Najgroźniejszemi okazały się dwa te stany w Carogrodzie i Arabii.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości bieżące.

†

Dr. ADRYJAN BARANIECKI.

„I znowu się łono piaskowe otwarło!" — temi słowami zrozpaczonego „Ojca zadżumionych" rozpoczynamy dzisiejszą kronikę żałobną. Jeszcze trawą nie porosły te trzy mogiły, któreśmy przed paru tygodniami usypali trzem kolegom, jeszcze powieki nie oschły po zgonie uczonego téj miary, jakim był ś. p. Kopernicki, a już nowa wieść Hijobowa o smierci Adryjana Baranieckiego zadała cios bolesny sercom, a wielką troskę myślom naszym. Szeroki zakres działania tego wielkiéj cnoty i niepospolitego umysłu obywatela czyni śmierć jego nie powetowaną stratą społeczną. Pragnąc ażeby pamięć człowieka tyle zasłużonego i z poza grobu świeciła przykładem pięknego, ofiarnego i mądrego żywota, podajemy kilka dat z jego wszechstronnéj, a tak płodnéj działalności.

Ród Baranieckich pochodził z południowéj Galicyi, ojciec ś. p. Adryjana. Tomasz, przeniósł się koło roku 1825 na Podole rosyjskie i jako biegły lekarz używał wielkiego wzięcia. Ś. p. Adryjan przyszedł na swiat w Jarmolińcach 1828 roku, nauki pobierał w Kijowie, a doktoryzował się w Moskwie. W r. 1857 dla dalszego kształcenia się wyjechał do Paryża i wśród pracy naukowéj już wończas dał wyraz swemu przedsiębiorczemu duchowi i w r. 1858 założył w Paryżu Towarzystwo lekarzy polskich, którego był duszą. Działalność ś. p. Adryjana zwróciła na niego uwagę i obcych: Towarzystwo lekarzy niemieckich w Paryżu wybrało go swym członkiem. Na ten okres życia ś. p. Baranieckiego przypada rozprawa: „*Notice sur le petit lait en général et en particulier sur les bains de petit lait en Bessarabie*". — W r. 1859 powrócił do kraju, osiadł w Jarmolińcach i zasłynął na całe Podole jako światły, biegły i sumienny lekarz; obok czynności zawodowych wielki orędownik oświaty ludowéj, pełnił jednocześnie urząd obywatelski kuratora szkółek ludowych. W tymże roku (1859 doprowadził do skutku Towarzystwo lekarzy podolskich z siedzibą w Kamieńcu. Z rozpraw ogłoszonych drukiem na ten czas przypadają: „*Przyczynek do notatek o historyi Akuszeryi w Polsce Dra Zieleniewskiego* (1861), *O stowarzyszeniach lekarskich prowincyjonalnych* (1861), *Program topografii lekarskiéj, przyjęty przez Tow. lekarzy podolskich za osnowę swych badań topograficznych* (1861), *O Janie Smerze mniemanym lekarzu polskim* (1861), *Materyjały do topografii lekarskiéj* (1862).

Cichy ten, płodny, tyle dla kraju obiecujący żywot musiał ś. p. Baraniecki przerwać w r. 1864 i wyjechał do Londynu. Opuszczając kraj rodzinny patrzał on na niedolę swego narodu, wiedział, że skutki pogromu zubożą go umysłowo i ekonomicznie. Z drugiéj strony dostrzegł, że nawa dziejów zmienia kierunek, że brak równowagi między kwitnącemi u nas poezyją i sztuką z jednéj, a zaniedbanemi nauką i przemysłem z drugiéj strony, pozbawi naród siły odpornéj do obrony i przetrwania. Taką troską do głębi przejęty przemyśliwał ś. p. Baraniecki nad środkami ratunku, a owoce swych dumań streścił w dwóch słowach: oświata i praca. Hasła te tem większéj nabierały siły, że przed oczyma miał naród, który im zawdzięczał dobrobyt, potęgę i wolność.

Wiedząc dobrze, że współzawodnictwo naszego przemysłu z europejskim naraziłoby tylko nas na pewną stratę i porażkę, powziął zamiar dźwignięcia przemysłu domowego, rodzinnego, przez wydoskonalenie go w kierunku artystycznym. Tylko założenie w kraju takiego Muzeum przemysłowego, w którem by były, dla poglądowego pouczania naszych przemysłowców, zestawione wyroby krajowe obok zagranicznych, czyniło zadość temu zbawiennemu pomysłowi. Myśl poczęta z głębi przeświadczenia o jéj pożyteczności, ogrzana obywatelską miłością, zaczęła w krótkim czasie urzeczywistniać się; ś. p. Baraniecki zwiedzał wystawy europejskie i tu zakupywał wszystkie przedmioty, które dla rodzinnego przemysłu miały wartość pouczającą, a następnie posyłał je do Krakowa; a kiedy liczba już była pokaźną, sam w r. 1868 przybył do naszego grodu i tu niezrażony pierwszemi trudnościami, własną pracą i własnemi środkami założył Muzeum przemysłowe.

Imię ś. p. Adryjana Baranieckiego już i wończas było znane i czczone w kraju i na pierwszą wiadomość o założeniu przez niego Muzeum przemysłowego pospieszyło całe społeczeństwo zakordonowe z nadesłaniem nowych okazów, i to stopniowe wzbogacanie się doprowadziło do tego, że z pierwotnych 5000 okazów obecnie nalicza ich ta instytucyja 33.000. Obok kierunku przemysłowego posiada Muzeum wspaniały zbiór etnograficzny, zwłaszcza kraju rodzinnego. Zbiór ten znany jest uczonym cudzoziemcom i zaszczytnie bywał wyszczególniony na wystawach krajowych i zagranicznych. — I w ułożeniu działu etnograficznego kierował się ś. p. Baraniecki przewodnią myślą, ażeby okazy uporządkowane były w poglądowe pouczające grupy. W r. 1875 zwiedził Muzeum prof. Virchow, podziwiając w dziale ornamentyki ludowéj piękny zbiór okazów rusińskich (pisanki, hafty i t. d.) i przypatrując się rysunkowi Rusinów, którego podstawą na wzór narodów zachodniéj Europy jest modyfikacyja figur geometrycznych (trójkąt, czworokąt i t. d.), spostrzegł uczony berliński obok ułożone okazy ornamentyki innego narodu sąsiadującego z Rusinami, a widząc, że tu za podstawę rysunku służą zwierzęta, smoki itd., tak jak się ta rzecz ma u narodów Azyi, wyznał otwarcie, że nigdy nie przypuszczał, ażeby między temi dwema narodami za-

chodziła tak głęboka różnica duchowa. Więc nawet téj miary uczony jak Virchow znalazł w Muzeum ś. p. Baranieckiego coś dla siebie nowego, coś do nauczenia się.

Uczyniwszy wszystko, co tylko dla przemysłu rodzinnego, dla pracy uczynić mógł, zajął się ś. p. Baraniecki drugą połową swego hasła: oświatą; wybierarając ze wszystkich potrzeb najkonieczniejszą, założył przy Muzeum wyższą szkołę żeńską.

Po dziejowym pogromie, który nas spotkał przed 28 laty, bardzo wiele zastanawiano się w Europie nad naszą psychologiją narodową: wynikiem tych dociekań było mniemanie, że jesteśmy narodem, którym rządzą kobiety. Obok tych luźnych dowodzeń twierdzenie o społecznéj wszechpotędze polskiéj niewiasty znalazło wyraz i na trybunie parlamentarnéj, z wysokości któréj potężny wówczas kanclerz niemiecki uczynił polkom dwa zarzuty: raz, że liczebnie prześcigają niemki w pomnażaniu obywateli swego narodu, a powtóre, że stanowią i dla niego niezdobytą twierdzę polskości. Przeczuł ś. p. Baraniecki wieszczym duchem, że nadchodzą Kainowe czasy, w których całe życie narodu skupiać się będzie musiało w ognisku rodzinnem, którego duszą jest, była i będzie kobieta; pragnąc ażeby w téj twierdzy władała ona nietylko sercem lecz i głową, założył przy Muzeum wyższe kursa dla kobiet, jakich wówczas, procz szkoły londyńskiéj, na całym obszarze świata cywilizowanego ponoś nie było. Ażeby dobitniéj uwydatnić wartość dla naszego społeczeństwa tych kursów, dodać należy, że i u nas przed ćwierć wiekiem panowały niezdrowe, doktrynerskie ideje emancypacyjne, na które najlepszą odtrutką będzie zawsze nie połowicza, lecz wyższa, rzetelna oświata kobiet.

Przejęty ważnością wytkniętego sobie zadania, zapracowany, zakłopotany, nie zrywał nici łączącéj go z światem lekarskim. Jego inicyjatywie zawdzięczają lekarze i przyrodnicy polscy swe Zjazdy naukowe oraz wystawy przyrodniczo-lekarskie. Zjazd tegoroczny, pragnąc wyrazić ś. p. Baranieckiemu swą wdzięczność, wybrał go swym prezesem i przyznał mu złoty medal za zasługi położone w organizowaniu wystaw przyrodniczo-lekarskich. Był członkiem nadzwyczajnym krakowskiéj Akademii Umiej., członkiem honorowym Tow. lek. krak., Tow. przyrodników im. Kopernika i w. in. W swym narodzie używał pełnego czci rozgłosu i wdzięcznego uznania. Jednego mu brakowało, to poparcia finansowego kursów dla kobiet. A kiedy własne zasoby wyczerpał, a urzędownie założono kursa dopełniające przy szkole wydziałowéj żeńskiéj, frekwencyja zmniejszyła się i zdawałoby się, że los téj instytucyi został rozstrzygnięty. Jak się to stało, że przez ćwierć wieku rząd niczem nie zasilił zakładów ś. p. Baranieckiego, że nie nadał im charakteru instytucyj użyteczności publicznéj? Dlaczego żaden z protektorów nauki polskiéj, goszczących w Krakowie, nigdy nie zwiedził zbiorów muzealnych? — prócz przykrego zdziwienia innéj odpowiedzi nie mamy; natomiast dowodnie wiemy, że ś. p. Baraniecki to ignorowanie boleśnie odczuwał. A jednak pogody ducha nie tracił, z anielską cierpliwością świecąc bezprzykładnem poświęceniem, niezniechęcony pracował, bo wierzył. W takim nastroju ducha zastała go śmierć.

Obie instytucyje, muzeum i szkoła, powstały z najczystszych pobudek założyciela służenia swemu narodowi. Pozostawiony własnym siłom i środkom, oddawał siebie i wszystko co posiadał na potrzeby tych zakładów i nie spoczął aż w grobie. Kto drugi jak on potrafii zrzec się powabów życia, uciech rodzinnych, dla dzieła odrodzenia narodu? Kto zdolen jest zamknąć się, jak filozof starożytności, w małéj izdebce i nie zaznać całe życie innego uroku świata, jak rozkosze czystego i zadowolonego sumienia?

Z sercem przejętem żalem wypowiadamy obawę, czy z śmiercią ś. p. Baranieckiego nie zeszedł z tego świata ostatni z tych naszych wielkich indywidualizmów, co to dla siebie „rachować nie umieli“, ale za milijony nie tylko cierpieć, kochać lecz i działać potrafili. Prawowity dziedzic duchowy Nowodworskich, Staszyców, Czackich, Marcinkowskich, zajmie on w kalendarzu świętości naszych miejsce orędownika najszczytniejszego skarbu narodu, jego ducha. Jak długo naród polski posiadać będzie sumienie społeczne, tak długo imię ś. p. Adryjana Baranieckiego będzie błogosławione i czczone; a my lekarze, których stan on swem życiem mądrem i ofiarnem tak opromienił, przechowamy dlań niespożytą, wieczną wdzięczność i uwielbienie. *Dr. A. Kwaśnicki*,

* **Kraków** d. 22 października. W dniu 7 b. m. odbyło się pierwsze posiedzenie Tow. lekarskiego po wakacyjach, na którem Doc. Ponikło jako zastępca przewodniczącego powitał członków obecnych, poczem poświęcił słów kilka ś. p. prof. Drowi Kopernickiemu, którego pamięć członkowie przez powstanie uczcili. Z kolei demonstrował prof. Obaliński chorych operowanych, a to: chorą po nefrektomii, resekcyi nogi według metody własnéj, po wycięciu krtani z powodu raka i po faryngotomii bocznéj metodą Mikulicza-Obalińskiego. W dyskusyi zabierali głos: koll. Paszkowski i Pieniążek.

Na posiedzeniu drugiem w d. 21 października b. r. odbytem kol. Przewodniczący wita jako gościa kol. Stockmanna z Warszawy, poczem wzywa obecnych do uczczenia ś. p. Adryjana Baranieckiego przez powstanie. Przyjęto wnioski Komitetu Tow. lek., tyczące się obchodu 25-letniego jubileuszu Towarzystwa i przyjęto jednogłośnie kol. Bilińskiego z Wilna na członka korespondenta. Prof. Pieniążek przedstawił chorą z kiłą krtani. Kol. Dr. Pohorecki miał zapowiedziany odczyt o działaniu *kali telluricum* na poty nocne u suchotników.

* Wskutek śmierci śp. Dra Orłowskiego zachodzi potrzeba obsadzenia posady prymaryjusza w szpitalu powszechnym w Przemyślu. Jak wynika z konkursu, ogłoszonego w Nrze 41, do posady téj przywiązaną jest wprawdzie płaca skromna, mimo to posada ta jest ważną z powodu, że się rozchodzi o kierownictwo szpitalem powszechnym w 3-ciem z rzędu mieście galicyjskiem, w mieście, które od lat kilku znacznie się podniosło, a obecnie wielkie ma znaczenie nietylko dla liczby mieszkańców, ale i jako wielka forteca i siedziba korpusu armii. Szpital przemyski już teraz jest dosyć wielki, ma bowiem łóżek 160, a w porze zimowéj mieścić musi przeszło 200 chorych. Podzielony jest na 4 oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, położniczy i syfilityczny, mieszczące się w jednym gmachu, który tak zewnętrznie jako też wewnętrznie wcale dobrze się przedstawia. Lekarzy dotąd jest trzech, a mianowicie: prymaryjusz i dwóch sekundaryjuszów, z których to ostatnich tylko jeden jest doktorem medycyny, drugi zaś jest zarazem lekarzem więziennym i kasy chorych. Prymaryjusza chwilowo zastępuje Dr. Kiebuziński. Że liczba 3 lekarzy jest niedostateczną na szpital tak wielki, zwłaszcza w obec znaczenia miasta, mającego wielką załogę, że zwłaszcza jeden prymaryjusz, od którego niepodobna żądać, aby w jednéj osobie był doświadczonym internistą, operatorem, położnikiem i syfilidologiem, jest niewystarczający, że na 4 oddziały dwóch sekundaryjuszów nie wystarcza, dowodzić zbyteczna. Dlatego po energii i dobrych chęciach kierownika departamentu odnośnego w Wydziale krajowym spodziewamy się, że stan ten jednego z najważniejszych szpitali krajowych mając na oku zechce dołożyć starania, aby liczba lekarzy w szpitalu przemyskim powiększoną została odpowiednio do liczby chorych i oddziałów, na które szpital się rozpada; w każdym razie zachodzi bez porównania większa potrzeba pomnożenia liczby lekarzy w szpitalu przemyskim, aniżeli całkiem zbytkownego tworzenia posady sekundaryjusza stałego, a raczéj rodzaju koadjutora, w jednym z oddziałów szpitala krakowskiego. Kraj nasz

biedny, który tyle łoży na szpitale, nie może pozwolić sobie wydatków zbytecznych, wobec potrzeb tak gwałtownych i zwłoki nie cierpiących, których rychłego zaspokojenia w interesie cierpiących domagać się musi każdy z stosunkami obznajomiony.

* Na I-em tegorocznem posiedzeniu swem Wydział lekarski Uniw. Jagiell. przedstawił do zatwierdzenia Ministerstwu Dra Kryńskiego na 2-go asystenta przy klinice chirurgicznéj, zamianował Dra Orskiego 1-ym elewem przy tejże klinice na rok dalszy; Dra Sokołowskiego, asystentem przy klinice chorób skórnych na dalsze 2 lata, a Dra Julijana Staniszewskiego 2-im asystentem przy katedrze anatomii opisowéj na 2 lata.

* Namiestnictwo we Lwowie rozesłało „Rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 4 czerwca 1881 r.“, którem wydano przejrzaną instrukcyję dla akuszerek.

* Ministerstwo wojny we Wiedniu od lat kilku deleguje lekarzy wojskowych czynnych do klinik krakowskich jako elewów. Na rok bieżący szkolny delegowało: lekarza pułkowego Dr. Maryjana Godlewskiego do kliniki okulistycznej, a starszego lekarza Dr. Obfidowicza do kliniki chirurgicznéj.

* Nakładem Hirschwalda w Berlinie wyszło dzieło p. t.: „*Internationale Beiträge zur wissenschaftlichen Medizin*“, *Festschrift Rudolf Virchow gewidmet zur Vollendung seines 70-en Lebensjahres*, w 3 tomach z rycinami, cena 120 marek. Dzieło to składa się z 52 rozpraw, na które złożyło się uczonych niemców 34, włochów 5, anglików 4, rosyjan i szwedów po 3, holendrów i amerykanów po 2, francuzów i japończyków po 1.

* W tygodniu 40 tym (od 3 do 10 października) było w Krakowie małżeństw 22, urodzin 39, skonów 63; z tych z zapalenia płuc 16, z gruźlicy 13, z innych chorób narządu oddechowego i z nieżytu żołądka i jelit po 4, z dławca i błonicy 3.

* **Omyłki drukarskie**. W artykule Dra Bąkowskiego, podanym w Nrze 42 zaszły następujące omyłki drukarskie: 1) str. 534 szpalta I, wiersz 17 od góry po słowie: „a mianowicie“, wypuszczono: „że brzuch „puchł“ coraz więcéj“. 2) str. 534, szpalta II, wiersz 11 od góry zamiast: „chrapnięcie“, winno być „chrupnięcie“. — W artykule Dra Sroczyńskiego w Nrze 41: 1) str. 519, szpalta I, wiersz 16 od góry, zamiast: „Cuinqueta“, winno być: „Cuigneta“; szpalta II, wiersz 16 od dołu, zamiast: „wytwarzanie żarn“, winno być „wytwarzanie żaru“. — W Nrze 42 str. 532, szpalta II, zamiast: „Morzena“, winno być „Moorena“, zamiast: „Ficarrę“, winno być „Ficano“.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 40: Izydor Kopernicki. Wspomnienie pośmiertne; Dunina: Kilka słów o t. zw. zakażeniu miąższowem; Macfadyena, prof. Nenckiego i Siberowa: Badania nad zjawiskami chemicznemi w kiszkach cienkich u człowieka (c. d.). — W *Zdrowiu* Nr. 72: Polaka: Wydalanie odpadków i ścieków w Warszawie; Kramsztyka: Nowe przyrządy do stylizacyi mleka (dok.). — W *Medycynie* Nr. 40: Radziszewskiego: Czyrak i wąglik (c d.). — *Odczytów klinicznych* Nr. 32 i 33 zawierają: Goldflama: O przymiocie rdzenia, str. 58. — W *Gazecie Lek.* Nr. 41: Szumana: Kilka słów o użyciu lizolu w chirurgii operacyjnéj; Macfadyena, prof. Nenckiego i Siberowa: Badania nad zjawiskami chemicznem. w kiszkach cienkich u człowieka (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 41: Radziszewskiego: Czyrak i wąglik (dok.). — W *Nowinach Lek.* Nr. 10: Matlakowskiego: Wycięcie żyły zaskórnéj wielkiéj przy żylakach i wrzodach goleni; Wicherkiewicza: Krótki pogląd na leczenie operacyjne jaglicy ze szczeg. uwzględnieniem własnego postępowania (dok.); Talki: Przypadek neurektomii n. nadoczodołowego. — W *Gaz. Lek.* Nr. 42: Rychlińskiego: Przyczynek do anatomii patolog. amencyi; Lublinera: Przypadek zaniku twardziel nosa po tyfusie wysypkowym; Macfadyena, prof. Nenckiego i Siberowa: Badania nad zjawiskami chemicznemi w kiszkach cienkich u człowieka (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 42: Kosińskiego: Podskórne rozdarcie nerki, wycięcie tejże.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Leon KOPFF: O własności chłoniczéj skóry ludzkiéj (odbitka z *Gazety Lek.* 1891) in 8-vo str. 42. — Dr. Kazimierz JANOWICZ: Tic convulsif des enfants, Paris 1891, in 8-vo str. 94. — Dr. PFEFFER: Versuche ü. d. Diuretin „Knoll“ (odbicie z *Centrblt f. d. ges. Therapie* 1891) in 8-vo str. 20. — Dr. Roman BARĄCZ (we Lwowie): Uiber 5 Darmresectionen (odbitka z Langenbecka Archiv. t. 42, zoszyt 3), in 8-vo str. 30. — Tenże: Tracheocele mediana (tamże) in 8-vo str. 11. — K. WAGNER: Primienenie sposoba Wintera k' iżsliedowaniu izmienanii żałudocznego soka u belnych pod wlijaniem wodnoi wytiazki kory kondurango i spirtnoi nastoiki orieszkow czelibuchi (nux vomica). (Odbicie z „Wracza“ 1891) in 8-vo str. 18. — Dr. PAWIŃSKI: Uiber d. Einfluss d. Influenza auf das Herz (odbicie z *Berl. klin. Wochschr.* 1891) in 8-vo str. 25. — Dr. BUZDYGAN: Zwei Fälle von Myxödem (z kliniki prof Korczyńskiego w Krakowie) (odbicie z *W. klin. Wschr.* 1891) in 8-vo str. 12. — Dr. WACHHOLZ: Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową na podstawie 4057 przypadków (z oddziału prof. Obalińskiego) (Odbitka z „Przegl. Lek.“ 1891) in 8-vo str. 27. — Dr. W. JAWORSKI (z Warszawy): Ueber Veränderungen i. d. Gallenblase b. Vorhandensein v. Gallensteinen (odbitka z Zieglera. *Beiträge z. patholog. Anatomie* X), in 8-vo str. 31. — Dr. HEWELKE (z Warszawy): Ein Beitrag z. Therapie d. Lungenbrandes. (Odbitka z *D. med. Woch.* 1891), in 8-vo str. 15. — Dr. P. DITTRICH: Uiber methämoglobin bildende Gifte (odbitka z *Archiv. f. exp. Pathol. u. Pharm* XXV Bd.), in 8-vo str. 35. — Prof. Dr. P. SEIFMANN (we Lwowie): Choroby pasorzytnicze, a w szególności choroby zakaźne zwierząt domowych. Warszawa 1891, in 8-vo str. 179, (odbitka z *Encyklopedyi rolniczéj*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę III. asystenta przy klinice chirurgicznéj.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 5 listopada 1891, przyczem się nadmienia, iż uwzględnieni zostaną lekarze, którzy pracowali w anatomii patologicznéj.

Kraków dnia 20 Października 1891.

Stopczański, Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę II. asystenta przy klinice okulistycznéj z płacą roczną 600 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15 listopada 1891 r.

Kraków dnia 20 października 1891 r.

Stopczański, Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.